

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний
Кафедра Хірургії з післядипломною освітою

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард Бурячківський



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна Хірургія
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 15

Тема “ Перебіг гострих захворювань у осіб похилого віку ”

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії з післядипломною освітою

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн. Горячий В.В., доц.. Нікітенко Р. П., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В., ас Медведєв О. В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 15

Тема практичного заняття: "Перебіг гострих захворювань у осіб похилого віку" – 2 години.

1. Актуальність теми: дана тема є актуальною в плані формування клінічного мислення у фахівців різних спеціальностей і напрямків. Так само дана тема представляє інтерес у плані важливих особливостей протягом гострого захворювання осіб літнього віку, що визначає правильність і своєчасність встановленого діагнозу.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі:

- Ознайомити здобувача вищої освіти із переліком найпоширеніших гострих захворювань осіб похилого віку. I рівень
- Здобувач вищої освіти повинен знати, засвоїти патогенез гострих захворювань у осіб похилого віку. II рівень
- Дати здобувачам вищої освіти можливість оволодіти навичками пальпації, перкусії та аускультації черевної порожнини, трактування лабораторних та інструментальних досліджень. III рівень
- Здобувач вищої освіти повинен вміти клінічно аналізувати отримані дані при обстеженні хворого. III рівень

2.2. Виховні цілі пов'язані:

- З формування професійно значущої особистості лікаря;
- Вивченням здобувачем вищої освіти деонтологічних, психологічних та професійних основ роботи лікаря.

3. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни. Анатомія	Особливості топографії органів черевної порожнини, малого тазу в осіб похилого віку	
Патофізіологія	Особливості фізіологічних і патофізіологічних процесів в осіб похилого віку	
Наступні дисципліни. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Вміти трактувати загальноклінічні та біохімічні аналізи, їх зміну в осіб похилого віку	Пальпація Перкусія Аускультация
3. Внутрішньопредметна інтеграція. Тема		

<p>Гострий живіт. Травми живота. Зовнішні грижі живота. Внутрішні грижі живота. Хімічні опіки і рубцеві стриктури шлунка.</p> <p>Пошкодження шлунка і дванадцятипалої кишки.</p> <p>Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та її ускладнення.</p> <p>Рак шлунка.</p> <p>Травми печінки.</p> <p>Абсцеси печінки.</p> <p>Непаразитарні захворювання печінки.</p> <p>Жовчнокам'яна хвороба.</p> <p>Механічна жовтяниця.</p> <p>Постхолецистектомічний синдром.</p>	<p>Знати методи дослідження та діагностики патологій черевної порожнини</p>	<p>Вміти проводити диференційну діагностику між різними гострими захворюваннями органів черевної порожнини в осіб похилого віку</p>
<p>Пухлини печінки. Гострий панкреатит. Рак підшлункової залози. Травми підшлункової залози. Пошкодження селезінки. Захворювання селезінки.</p>		

4. Зміст заняття

Гострий апендицит у літніх хворих, а тим більше у хворих старечого віку, нерідко протікає згладжено, часто з додатковими нашаруваннями, тому правильне вирішення питання про характер захворювання у цієї групи хворих є складним діагностичним завданням.

У зв'язку зі збільшенням загальної тривалості життя населення число осіб похилого та старечого віку за останній час зросло. Про це можна судити за процентним співвідношенням хворих похилого та старечого віку, госпіталізованих з приводу різних захворювань. Так, Данович і Муштакова привели дані НДІ швидкої допомоги. Тоді хворі з гострим апендицитом у віці

більше 50 років становили 2,6% (за даними Н. Д. Каменської).

При обстеженні хворих похилого та старечого віку слід враховувати їх вікову психологію.

Літні люди, відчуваючи занепад сил, зниження можливостей багатьох життєво важливих функцій, більш обережні у своїх рішеннях. До цього віку багато з них перенесли ряд важких захворювань, залишкові явища після яких нерідко продовжують турбувати їх. Якщо ж літню людину незадовго до нападу гострого апендициту турбувала грижа або були явища гастриту, то він у першу чергу схильний пояснювати виникнення болю в животі загостренням цих захворювань. Літні хворі нерідко при гострому апендициті починають самолікування, застосовують проносні та очисні клізми.

Пізнє надходження хворих з гострим апендицитом пояснюється рядом причин. Одна з причин у тому, що гострий апендицит у похилому і старечому віці у більшості хворих спочатку протікає без чітко вираженого больового синдрому. Це відзначили Безфамільний і Пястолов, які вважають, що гострий апендицит у хворих похилого та старечого віку "не дає яскравих симптомів".

У літньому віці гострий апендицит нерідко починається із загального нездужання, порушення фізіологічних відправлень. З'являються здуття живота, легка нудота, затримка газів і стулу. Подібні явища хворі найчастіше пояснюють старечим віком.

Нерізко виражені болі в животі у хворих похилого та старечого віку лікарі нерідко пояснюють явищами копростазу і скупченням газів у кишечнику. Очисні клізми при цьому можуть дати позитивний результат. Після дефекації живіт у такого хворого стає менш роздутим, болі стихають, поліпшується загальний стан.

Особливості перебігу виразкової хвороби в літньому віці

Зростання числа хворих похилого віку з виразковою хворобою та її ускладненнями, збільшення в структурі захворювання виразок великих і гігантських розмірів, тривалі терміни рубцювання представляють серйозну проблему.

Особливості функціональних і морфологічних змін при виразковій хворобі, такі як зменшення секреторної активності шлунка, переважання атрофічних форм гастриту, виражені порушення мікроциркуляції в літньому віці вимагають подальшого вивчення та систематизації для створення лікувально-діагностичного алгоритму і прогнозування перебігу захворювання.

Згідно кислотно-пептичної теорії, в основі виразкоутворення лежить насамперед порушення рівноваги між станом захисних факторів, що визначають резистентність гастродуоденальної слизової, і чинників агресії.

У літньому віці зростає агресивна роль порушень гастродуоденальної моторики. Одним з проявів цих чинників агресії служить дуоденогастральний рефлюкс (ДГР). Виділяють дві форми ДГР: фізіологічний, який є додатковим чинником нейтралізації соляної кислоти, і патологічний, який здійснює активацію пепсиногену навіть в умовах відсутності соляної кислоти. У літньому віці патологічний ДГР зустрічається у 45% хворих. При попаданні жовчних кислот у просвіт шлунка в умовах затримки зворотної евакуації, особливо в голодний період, реалізується феномен зворотної дифузії іонів водню, який грає важливу роль у виразкоутворення. Ймовірно, цим можна пояснити збільшення кількості поєднаних виразок у шлунку і дванадцятипалій кишці в літньому віці.

Показники секреторної активності шлунка за даними рН-метрії розрізняються у молодих і літніх.

У групу «здорових» хворих були відібрані пацієнти, які не мали характерних для виразкової хвороби скарг, анамнезу та виразкового ураження при ЕГДС з морфологічним дослідженням слизової. У групу молодого віку потрапили також пацієнти 20-40 років з виразковою хворобою або невиразковою диспепсією.

Отримані результати показали, що у хворих похилого віку індекс агресії та інтенсивність кислотопродукції значно нижче, ніж у молодому віці, а захисна функція антрума порушена більше, про що свідчить величина індексу співвідношення - вона перевищує 1, у той час як в нормі становить 0,3 -0,7 од.

Цікаві результати отримані при порівнянні морфологічних даних дослідження слизової оболонки шлунка.

У групі відносно здорових пацієнтів похилого віку ступінь вираженості активного гастриту значно нижче, переважає атрофія слизової антрального відділу шлунка і часто спостерігається кишкова метаплазія. Інфікованість НР не більше 10%.

При виразковій хворобі в літньому віці активний гастрит спостерігається більш ніж у половині випадків, однак при виразці дванадцятипалої кишки відсутні атрофія і кишкова метаплазія, а інфікованість НР зустрічається більш ніж у половини хворих. При виразці шлунка переважають явища атрофії і кишкової метаплазії в антральному відділі, а інфікованість НР виявлена в 13,5% випадків. Наявність атрофії в фундального відділу шлунка (у 37-40% у наших хворих) говорить про неспроможність факторів захисту, є прогностично несприятливою ознакою і зустрічається у 75-80% хворих з гігантськими і труднорубцюючими виразками.

Таким чином, в літньому і молодому віці виразкова хвороба дванадцятипалої кишки характеризується подібними морфологічними змінами, що свідчить про збереженої функціональної активності шлунка. При виразковій хворобі шлунка у літніх знижені функціональні та морфологічні показники, що може призвести до малігнізації.

Проаналізувавши отримані результати, можна виділити критерії прогнозу перебігу виразкової хвороби в літньому віці. Ми розділили їх на фактори агресії, фактори неповноцінної захисту слизової і провокуючі фактори (супутня патологія).

Зіставивши клінічний перебіг виразкової хвороби з критеріями прогнозу, ми виявили певну закономірність, згідно з якою у хворих без виразкового анамнезу з поєднанням трьох форм супутньої патології спостерігається високий ризик появи гострих виразок в шлунку або дванадцятипалої кишки.

При наявності виразкового анамнезу та поєднанні двох форм супутньої патології з одним із чинників агресії з'являється ризик ускладненого перебігу виразкової хвороби. Найбільш частими ускладненнями при цьому є перфорація виразки або кровотеча.

Якщо у хворих перебіг виразкової хвороби пов'язаний з факторами неповноцінної захисту слизової оболонки і поєднується з двома і більше супутніми захворюваннями, то ми спостерігаємо виразкові ураження великих і гігантських розмірів. Іншою особливістю в цій групі літніх хворих є тривале рубцювання цих виразок і резистентність до консервативного лікування.

Особливості перебігу гострого холециститу у хворих похилого віку

Характерним для них є висока частотність розвитку деструктивних форм холециститу та їх ускладнення перитонітом. При цьому треба мати на увазі, що такі зміни в жовчному міхурі можуть розвинутися вже в першу добу внаслідок перфорації міхура. Атиповий перебіг проявляється невідповідністю клінічної картини захворювання патоморфологічним змінам, наявним у жовчному міхурі. У клінічній картині на перший план виступають симптоми інтоксикації, тоді як біль і ознаки перитоніту можуть бути виражені нечітко.

УСКЛАДНЕННЯ:

Водянка жовчного міхура - це асептичне його запалення, яке виникає внаслідок блоку пупирної протоки конкрементом або слизом. При цьому жовч із міхура всмоктується, а в його просвіті накопичується прозорий ексудат (біла жовч). Під час пальпації у хворих відзначають збільшений і безболісний жовчний міхур. У порожнині жовчного міхура - гнійна жовч.

Емпієма жовчного міхура є своєчасно не ліквідованої водянкою, яка при повторному інфікуванні трансформувалася в нову форму. Жовчний міхур у таких хворих пальпують у вигляді щільного, помірно болючого утворення. Симптоми подразнення очеревини відсутні.

Періодично спостерігають високу температуру тіла, озноб. У крові високий лейкоцитоз із зсувом формули крові вліво.

Біліарний панкреатит. Основними його проявами є погіршення стану хворого, поява оперізує болю, багаторазової блювоти, ознак серцево-судинної недостатності, високої амілазурії, наявність інфільтрату в епігастральній ділянці і позитивні симптоми Воскресенського та Мейо-Робсона.

Жовтяниця часто виникає при порушенні пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку внаслідок obturaції холедоха конкрементом, або у зв'язку з набряком головки підшлункової залози. При цьому з'являється жовтушність склер, білірубінемія, темна сеча і світлий незабарвлений кал.

Холангіт. У хворих з цією патологією, на тлі жовтяниці, підвищується температура тіла до 38-39 ° С, виникає лихоманка з проливними потоми, високий лейкоцитоз і знижуються показники функціональних проб печінки.

Гепатит проявляється жовтяницею, наростанням явищ загальної слабкості, збільшенням в крові показників аланінаміно-й аспарагінамінотрансфераз і лужної фосфатази. Печінка при цій патології під час пальпації болюча, з гострими краями.

Інфільтрат - ускладнення, яке може розвинутися на 3 - 4 добу після нападу гострого холециститу. Характерними для нього є тупий біль, наявність в правому підребер'ї щільного пухлиноподібного утворення з нечіткими контурами, підвищення температури тіла до 37,5-38 ° С і негативними симптомами подразнення очеревини.

Абсцес. Хворі скаржаться на високу температуру, біль у правому верхньому квадранті живота, де пальпують хворобливе пухлиноподібне утворення, на лихоманку, загальну слабкість, відсутність апетиту, жовтяницю, іноді блювоту. Рентгенологічно в правому підребер'ї визначається горизонтальний рівень рідини і газу над ним. У крові високий лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

Печінково-ниркова недостатність може розвиватися при дуже важких

формах холециститу. Загальний стан хворого при цьому тяжкий, різко виражені інтоксикація, збудження, галюцинації, марення, олігурія і анурія.

Перитоніт є найбільш частим ускладненням при перфорації жовчного міхура у вільну черевну порожнину і проявляється різким болем в животі і повторною блювотою. Хворий покритий холодним потом, шкірні покриви бліді, артеріальний тиск знижується, пульс частий і слабкого наповнення. Під час об'єктивного обстеження відзначають напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блумберга в правій половині живота або у всіх відділах.

Гострий панкреатит у людей літнього віку:

Гострий панкреатит відноситься до числа найбільш важких і небезпечних захворювань органів черевної порожнини, летальність при гострому панкреатиті, за даними Світового конгресу гастроентерологів, досягає 15-20%. Серед хворих на гострий панкреатит люди похилого віку складають 30-66%. Найбільша частота захворювання відзначається між 61-м і 70-м роками життя. Серед хворих переважають жінки. Все це дозволяє вважати, що з віком виникає ряд чинників, сприяючих розвитку даної патології.

Найбільш часта причина гострого панкреатиту літніх і старих людей - захворювання жовчних шляхів. За статистичними даними, у 60-80% хворих гострим панкреатитом зазначалося попереднє чи супутнє захворювання жовчних шляхів.

Велике значення у виникненні даної патології в старості має і аліментарний фактор. Часто захворювання розвивається після рясного вживання білкової та особливо жирної їжі, алкоголю. Сприяє цьому також рясний прийом їжі на ніч.

Ці причини відіграють основну роль у виникненні захворювання у людей зрілого віку, однак в процесі старіння людини їх значення суттєво зростає. Це пов'язано, насамперед, з морфологічними змінами підшлункової залози, при старінні лімфатичних судин підшлункової залози починає виявлятися вже після 30-40 років. У цьому відношенні особливої уваги заслуговують розвиток перипроточного фіброзу, гіперплазія епітелію аж до утворення соскоподібних виростів, спрямованих усередину протоки, облітерація проток, зменшення загальної маси залозистої паренхіми, розвиток жирової тканини. До 75-90 років частина часточок повністю заміщується жировою клітковиною, а загальна кількість функціонуючої тканини іноді знижується до 30-40%. Існує певна послідовність морфологічних змін в залозі: спочатку розвиваються судинні зміни, потім розростаються сполучна тканина і жирова клітковино, після чого настає атрофія залози. У свою чергу вікові зміни структури секреторного апарату залози є однією з основних причин послаблення її зовнішньосекреторної функції при старінні.

Найбільш частий симптом захворювання у людей старшого віку - напад раптових болів в епігастральній ділянці при прийомі великої кількості їжі, особливо жирної або консервованої. Болі носять стискаючий характер, нерідко бувають оперізуючими. При цьому вони можуть бути настільки інтенсивними, що у деяких хворих виникає шок. Другий за частотою симптом захворювання у літніх і старих людей - часта неприборкана блювота малими порціями («по ложці»), як правило, не полегшує стану хворого. Блювота в 80 - 90% випадків

супроводжується болями. Присутність в блювотній рідині жовчі свідчить про прохідності загальної жовчної протоки. При важких формах гострого панкреатиту спостерігається криваве блювання.

Часто у літніх хворих при гострому панкреатиті відзначається парез кишечника. Незважаючи на виражені больові відчуття, живіт при пальпації м'який, в епігастральній ділянці виявляється лише незначна напруга м'язів. Така невідповідність є характерною ознакою панкреатиту у людей старшого віку. Язик звичайно сухий, обкладений. Хворі неспокійні. Шкіра обличчя набуває блідо-синюшний відтінок, іноді відзначається жовтушність склер і шкірних покривів. У багатьох хворих виявляються зони шкірної гіпералгезії в області сегментів D. Дихання прискорене (28-30 в хвилину), пульс частий (100-140 за хвилину), малого наповнення і напруження, АТ частіше знижений.

Однак у літніх і старих людей частіше, ніж у молодих, гострий панкреатит протікає з незначно вираженою і повільно прогресуючою симптоматикою: мають місце легкі болі в епігастральній зоні без іррадіації в спину і попереку, відсутня блювота, живіт слабо роздутий. Нерідко спостерігаються болі в області серця, що імітують картину коронарної недостатності, іноді больові напади нагадують ниркову або печінкову кольку. У ряді випадків біль носить безперервний характер, нагадуючи таку при гострому холециститі, а іноді буває приступоподібний, як при жовчнокам'яній або сечокам'яній хвороби.

Для людей старшого віку характерний більш частий перехід гострого серозного панкреатиту в некротичний і гнійний. Головні критерії такого переходу - посилення болю в животі, поява ознак подразнення очеревини, підвищення температури тіла до 38-39 ° С, випіт в черевну і плевральну порожнини (ексудат при цьому містить панкреатичні ферменти), зростання рівня діастази в сечі, лейкоцитоз і збільшення нейтрофільного зсуву вліво, погіршення загального стану при наростанні явищ інтоксикації і, нарешті, розвиток шоку, часто є безпосередньою причиною смерті. Поряд з цим у літніх хворих як температурна реакція, так і зміни з боку крові можуть бути виражені слабо. Досить часто у літніх і старих хворих відносно сприятливий перебіг гострого панкреатиту несподівано ускладнюється гострою серцево-судинною та нирковою недостатністю, нирковою комою, кишковою непрохідністю.

Важливе діагностичне значення в розпізнаванні гострого панкреатиту належить лабораторним дослідженням. Один з найбільш постійних ознак (у 75-90% хворих) - підвищення в сечі і крові через 2-4 годин від початку підвищення рівня амілази до 256-5000 од. і більше (по Вольгемут). Визначення амілази доцільно проводити на висоті нападу кілька разів на добу. Однак у літніх і старих людей при гострому панкреатиті показники амілази можуть бути невисокими, а в разі панкреонекрозу на тлі погіршення стану хворого амілаза в крові та сечі може бути навіть в межах норми. Це пояснюється тим, що до зменшеної кількості функціональної паренхіми підшлункової залози приєднуються деструктивні зміни, обумовлені патологічним процесом. У результаті відбувається майже повне руйнування ацинарних клітин залози, які продукують панкреатичні ферменти. Таким чином, відсутність гіперферментемії і гіперферментурії ще не виключає наявності гострого панкреатиту у хворих старшого віку.

При дослідженні крові виявляються помірний лейкоцитоз з

нейтрофільним зсув вліво, еозинопенія, лімфопенія, моноцитопенія, підвищена ШОЕ, гіпопротеїнемія, збільшення фракції гамма-глобулінів. Часто у літніх хворих відзначаються гіперглікемія і глюкозурія, що пов'язано з недостатністю інкреторної функції підшлункової залози.

Гострий панкреатит необхідно в першу чергу диференціювати з такими захворюваннями, як інфаркт міокарда, гострий холецистит, печінкова коліка, проривна виразка шлунку, гострий перитоніт, кишкова непрохідність, гострий апендицит.

Слід підкреслити, що гострий панкреатит у людей старшого віку у зв'язку з частою його атипові вчасно діагностується приблизно в 25% випадків. Тому при будь-яких болях в області живота у літніх і старих людей слід подумати про гострий панкреатит.

Терапевтичні заходи при гострому панкреатиті повинні проводитися в стаціонарі і починатися якомога раніше. Необхідне створення фізіологічного спокою для залози: строгий постільний режим, голод протягом 3-5 днів, міхур з льодом на живіт. У дні голодування хворому внутрішньовенно крапельно вводять фізіологічний розчин з 5% глюкозою - не більше 1500-2000 мл на добу для боротьби з інтоксикацією та зневодненням організму. Проводять корекцію електролітного обміну, так як він нерідко порушується. При частій блювоті і вираженому здутті шлунка доцільно відкачувати його вміст тонким зондом, введеним через ніс.

Для зупинки болів і пригнічення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози вводять 2-3 рази по 0,75 мл 0,1% розчину атропіну підшкірно, доцільне застосування но-шпи, папаверину, галідор та інших спазмолітиків в поєднанні з промедолом, димедролом. Морфін призначати не рекомендується, так як він може викликати спазм сфінктера Одді і посилювати болі. Гарним лікувальним ефектом володіють двостороння приниркова новокаїнова (50-80 мл 0,25-0,5% розчину) блокада і внутрішньовенне введення новокаїну (5-10 мл 0,5% розчину) на фізіологічному розчині.

Важливий чинник у лікуванні гострого панкреатиту – застосування препаратів, що пригнічують активність ферментів підшлункової залози (трасилол, цалол, контрикал). У перші 3-4 дні вводять по 25 000-50 000 од. препарату на добу внутрішньовенно краплинно в 200 мл фізіологічного розчину, потім дозу зменшують до 10 000-20 000 од. на добу щодня протягом тижня.

При шоці внутрішньовенно крапельно вводять 1,5-2 л 5% розчину глюкози, підшкірно - кофеїн, ефедрин, камфору, кордіамін, щодня переливають по 200-250 мл крові або плазми. З перших днів захворювання призначають глюконат кальцію або хлорид кальцію внутрішньовенно. При тяжкому перебігу набрякової фази гострого панкреатиту доцільно застосовувати стероїдні гормони. Для боротьби з інфекцією призначають антибіотики. З метою профілактики тромбоутворення в перші дні захворювання проводять антикоагулянтну терапію.

У хворих похилого та старечого віку хірургічне втручання при гострому панкреатиті проводиться лише за життєвими показаннями у зв'язку з розвитком ускладнень (абсцес, кровотеча, перфорація, псевдокісти). Це пов'язано з тим, що у хворих даного віку існуючі зміни серцево-судинної та дихальної систем, порушення обмінних процесів та різко обмежують адаптаційні можливості

організму, обумовлюючи розвиток у них важких ускладнень в післяопераційному періоді (серцево-судинна недостатність, пневмонія, тромбоемболія та ін.)

Гострий панкреатит значно важче протікає у літніх і старих людей, частіше закінчується летально (70% всіх померлих від гострого панкреатиту старше 50 років). З найбільш частих причин смерті слід вказати на розвиток серцевої, печінкової і ниркової недостатності, кишкової непрохідності. Значний відсоток, складають вогнищева пневмонія, тромбоемболічні ускладнення, діабетична кома.

У профілактиці гострого панкреатиту основне значення мають своєчасне лікування захворювань печінки та жовчних шляхів, дотримання дієти і раціонального режиму харчування. Калорійність харчового раціону в період між нападами у літніх людей не повинна перевищувати 2200 ккал, у стариків - 2000 ккал.

Рекомендується чотириразовий прийом теплої їжі в одні і ті ж години. Продукти, що входять до її складу, слід добре подрібнювати. З дієти виключаються торти, кремові вироби, смажене м'ясо, копчені ковбаси, консерви, жирні щі і супи на міцному м'ясному або рибному бульйоні, квашені та солоні овочі, гострі маринади і приправи, круті яйця, будь-які спиртні напої.

Рекомендуються кисляк, кефір та інші молочнокислі продукти. Дієта хворих повинна містити харчові продукти, багаті білком (1,2 -1,5 г білка на 1 кг маси на добу), причому перевага віддається таким продуктам, як сир, худа телятина, ячний білок, різні крупи (гречана, вівсяна і ін.). Дозволяється вживати також нежирне відварне м'ясо, запечений м'ясної пудинг, фрикадельки, рубане м'ясо, худі сорти прісноводної риби. У харчовому раціоні слід обмежувати вуглеводи (до 300 г на добу) і жири (до 30 г на добу), при цьому краще вживати рослинні жири (соняшникова та кукурудзяна олія).

У меню щодня має бути не менше 600 г овочів. Частину овочів бажано вживати в сирому вигляді. Нормальному травленню сприяють фрукти, ягоди (яблука, чорна смородина, шипшина, чорнослив).

Корисно раз на тиждень проводити так званий розвантажувальний день, призначаючи хворому 1 л кефіру і 400 р. яблук або 1 л фруктового соку і 400 г сиру на день. При гарній переносимості можна практикувати питної варіант розвантаження: 10-15 склянок кип'яченої води і склянка ізюму або сухого компоту. Строгість дотримання дієти обумовлена тим, що в переважній більшості випадків розвиток захворювання пов'язане саме з відступом від неї.

Людям похилого та старечого віку рекомендується систематично вживати легкі жовчогінні засоби - настої шипшини, кукурудзяних рилець, жовчогінний чай. Пити настої треба за 30 хв до їди по півсклянки 3 рази на день у теплому вигляді. Доцільно також щотижня проводити сліпі зондування - натще хворий випиває склянку теплої розчину сорбіту або ксиліту (по 20 г), карловарської солі або Барбари (1-3 чайні ложки на склянку води), після чого необхідно протягом 1 ½ год полежати на правому боці, підклавши під нього теплу грілку.

Доцільно з профілактичною метою періодично проводити курси санаторно-курортного лікування на питних курортах (Трускавець, Єсентуки, Боржомі, Желєзноводськ, Карлові Вари).

Вікові фізіологічні зміни шлунково-кишкового тракту:

Синдром мальабсорбції

Дивертикулез, запори

Нетримання калу
Панкреатична недостатність
ЖКБ

Стравохід: зменшення сили скорочень, затримка розслаблення сфінктерів

Шлунок: атрофія, уповільнення рухової активності, зменшення шлункової секреції

Тонка кишка: зниження всмоктування D-ксилози, великих обсягів жирів, вітаміну D, фолієвої кислоти, кальцію, цинку

Товста кишка: атрофія м'язової пластинки, збільшення колагену і еластину, збільшення часу проходження їжі

Аноректальна зона: зменшення тонусу анального сфінктера у зв'язку зі зменшенням м'язової маси і порушенням іннервації промежини

Підшлункова залоза: атрофія, збільшення діаметра проток, у 10-15% - відкладення амілоїду в ПЖ

Жовчний міхур: зниження реакції на холецистокінін, збільшення літогенності жовчі (підвищення вмісту холестерину в жовчі, збільшення в розмірах міцел)

Захворювання характерні для літнього віку

Дисфагія, рефлюкс-езофагіт, дивертикуліт стравоходу

Атрофічний гастрит, ерозивно-виразкові ураження

Синдром мальабсорбції

Дивертикулез, запори

Нетримання калу

Панкреатична недостатність

ЖКБ

Характерна патологія - судинні порушення

Виразки та ерозії шлунка і ДПК

Кровотечі

Ішемічний панкреатит

Абдомінальна ішемічна хвороба

Мезентеріальний тромбоз

Діагностика:

Пальпація живота - помірна болючість в епігастрії і біля пупка

Систолічний шум над черевним відділом аорти, в мезогастрії (не завжди)

Інструментальні методи (рентгенологічні, ендоскопічні) - без змін.

Лабораторні методи - порушення ліпідного обміну

Дослідження калу-нейтральний жир, неперетравлені м'язові волокна, слиз

Верифікація діагнозу:

УЗДГ судин черевної порожнини

Ангіографія черевного відділу аорти та її гілок - золотий стандарт

Лікування абдомінальної ішемічної хвороби

Дробове харчування

Антагоністи кальцію (ніфедипін) по 10 мг внутрішньо перед кожним прийомом їжі

Спазмолітики (но-шпа, Дюспаталин, спазмомен, дицетел)

Пентоксифілін в / в і всередину

Деагреганти (аспірин, Кардіомагніл)

Реополіглюкін 400 мл / добу в / в

Похідні нікотинової кислоти (компламин 150 мг 3 р / д, теонікол 150 мг 3

р / д)

Хірургічна реконструкція кровотоку

Тромбоз та емболія брижових артерій:

Раптове виникнення інтенсивних переймоподібних болю в животі з максимумом в мезогастрії і правій половині живота

При пальпації - здуття, помірна болючість, напруження м'язів черевної стінки немає

У подальшому - блювота, рідкий стілець з домішкою крові і слизу

Шок

Ознаки кишкової непрохідності (оглядова рентгенографія черевної порожнини - підвищена пневматизація, до кінця 1-х діб горизонтальні рівні)

Гангрена кишки, перитоніт

Гостре порушення мезентеріального кровообігу:

Летальність - 85-95%

Для діагностики ішемії не існує яких-небудь характерних клінічних і стандартних специфічних лабораторних досліджень

Пізня діагностика - основна причина смерті пацієнтів з ішемією кишки

Підозрювати інтестинальну ішемію необхідно у всіх літніх хворих з гострими болями в животі!

Клінічні особливості виразкової хвороби у літніх людей:

Часте ураження шлунка: виразка шлунка - 73%, виразка ДПК - 27%

Інфікованість НР - слабка (атрофія)

Великі розміри виразкового дефекту (2-3 см)

Маніфестація захворювання і загострень у вигляді кровотечі (52%)

Схильність до частого і тривалого загострення (76%)

Атиповий больовий синдром або його відсутність (78%), втрата ваги, слабкість

Відсутність сезонності загострень (82%).

На основі скарг, даних об'єктивного та інструментального досліджень необхідно в першу чергу виключити захворювання заочеревних органів, що імітують гострий живіт: інфаркт міокарда, базальна плевропневмонія, спонтанний пневмоторакс, ниркова коліка, капіляротоксикоз Шенлейна-Геноха. Потім вибрати оптимальну програму досліджень для диференційної діагностики гострих захворювань органів черевної порожнини. При сучасних можливостях інструментальної діагностики (УЗД, рентгенологічні та ендоскопічні методи, лабораторні дослідження) встановити захворювання, яке викликало клінічну картину гострого живота, не представляє великих труднощів.

Хворий М., 75 років поступив у хірургічну клініку з болями в нижній половині живота. З анамнезу: хворіє близько 16 годин, коли з'явилися болі в правій половині живота внизу. Поступово болі посилювалися, з'явилася нудота. Хворий лікувався самостійно, брав спазмолітичні препарати. При обстеженні живота відзначені позитивні симптоми Ровзінга, Ситковського, Кримова.

Симптом Щоткіна-Блюмберга слабо позитивний в правій здухвинній ділянці. Поставлено діагноз: "гострий апендицит». Під час виконання апендектомії виявлено флегмонозний апендицит. Гістологічною ознакою гнійного процесу при гострому апендициті є:

- А. Лейкоцитарна інфільтрація стінки.
- В. Первинний ефект.
- С. Збільшення лімфовузлів.
- Д. Розширення судин.
- Є. Звуження судин.

На 4-й день після апендектомії (флегмонозний апендицит) у хворого 76 років з'явилася гостра біль у животі (по типу коліки), блювання, здуття живота, затримка стільця і газів. Яке виникло ускладнення?

- А. Спайкова кишкова непрохідність.
- В. Перфорація сліпої кишки.
- С. Тромбоз мезентеріальних судин.
- Д. Абсцес дугласова простору.
- Є. Кровотеча з апендикулярної артерії.

У хворого 70 років через 6 годин після утиску пахової грижи відбулося мимовільне її вправлення. Після 4-х годинного спостереження в стаціонарі хворий прооперований. Виконана герніотомія, пластика пахового каналу. При цьому повноцінної ревізії кишечника не проводилося. На наступний день у хворого розвинулася клініка перитоніту. Яка причина перитоніту?

- А. Кишка, яку вправили, була некротизована.
- В. Виник тромбоз мезентеріальних судин.
- С. Виникло кровотеча з судин сім'яного канатика.
- Д. Виникла рання спайкова непрохідність.
- Є. Виник пилефлебит.

Хворий 62 роки поступив зі скаргами на інтенсивні постійні болі. Раніше відзначав печії, періодичні болі в епігастрії. Симптом Боаса позитивний. Попередній діагноз?

- А. Виразкова хвороба з пенетрацією в підшлункову залозу.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Перфоративна виразка.
- Д. Хвороба Крона.

Хворий 55 років, поступив в хірургічне відділення зі скаргами на розлиті болі по всьому животі, слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 39°C. Об'єктивно: мова сухий, тахікардія, симптом Щоткіна позитивний, діурез знижений. П'ять днів тому у хворого в умовах поліклініки за даними УЗД була виявлена гігантська кіста підшлункової залози. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Розрив кісти підшлункової залози.
- В. Перфоративна виразка шлунка.
- С. Аневризма аорти.
- Д. Гострий деструктивний панкреатит.

Є. Гострий гангренозний холецистит.

Хворий, 70 років, хворіє на протязі 10 днів. Температура тіла нормальна. Болі в правій здухвинній ділянці, де визначається пухлиноподібне утворення щільної консистенції. Симптоми подразнення очеревини негативні. Втрату маси тіла пов'язує з відсутністю апетиту. Яке захворювання з'явилося у хворого?

- А. Апендикулярний інфільтрат.
- В. Тифліт.
- С. Пухлина сигмовидної кишки.
- Д. Пухлина сліпої кишки.
- Є. Пухлина правої нирки.

Хворий Н. госпіталізований у хірургічне відділення зі скаргами на сильний біль в животі переважно в правому підребер'ї, блювоту, підвищення температури. При огляді виявлені симптоми подразнення очеревини, лейкоцитоз до 15.00. Що з нижче перерахованого є показанням до негайного оперативного втручання?

- А. Перитоніт.
- В. Постійний біль.
- С. Гіпертермія.
- Д. Блювота.
- Є. Лейкоцитоз.

Хвора П., 68 років госпіталізована в стаціонар зі скаргами на помірну біль в епігастральній ділянці, слабкість, зниження маси тіла на 10 кг за останній місяць, жовтяницю, темний колір сечі, знебарвлення калу. Рівень билирубинемії складає 86 г/л. Лужна фосфатаза 350 г/л. Стеркобилини в калі не знайдені. Який метод рентгенологічного дослідження необхідно використовувати для діагностики?

- А. Ретроградна холангіопанкреатографія.
- В. Пероральна холецистографія.
- С. Струменева холецистографія.
- Д. Інфузійна холецистографія.
- Є. Жоден з перерахованих.

У хворого М., 68 років в анамнезі спостерігалися напади гострого болю в епігастральній ділянці з блювотою, підвищенням температури, зміною кольору сечі та знебарвленням калу. На 3-й день захворювання з'явилася жовтяниця, яка, за припущенням лікаря, носить механічний характер. Що з нижче наведених показників збільшується при механічній жовтяниці?

- А. Прямий білірубін крові.
- В. Білок крові.
- С. Лейкоцити крові.
- Д. Уробілін сечі.
- Є. Швидкість осідання еритроцитів.

Хворий, 63 роки, звернувся зі скаргами на сильний біль у правому

підребер'ї, жовтяничність шкіри, темну сечу та знебарвлений кал. Біль з'явився 3 дні тому і поступово посилювався. Під час обстеження виявлено збільшену печінку та наявність вільної рідини в черевній порожнині. Який лабораторний показник буде найбільш інформативним для діагностики механічної жовтяниці?

- A. Підвищення рівня прямого білірубіну.
- B. Підвищення рівня непрямого білірубіну.
- C. Підвищення рівня креатиніну.
- D. Підвищення рівня гемоглобіну.
- E. Підвищення рівня амілази.

1. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функція і зміст.	Навчальні цілі в різних засвоєння.	Засоби навчання і контролю.	Матеріали методичного забезпечення заняття, контролю знань тих, хто навчається.	Час (у хвилинах або%) від загального часу навчання.
1	Підготовчий етап	Перевірити знання здобувач вищої освіти і їх рівень підготовки	Семинар		10%
2	Основний етап	Формування професійних умінь, навиків, оволодіння навиками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження	Тестові завдання	Робота з хворими у відділенні загальної хірургії та гастрохірургії	60%
3	Заключний етап	Контроль та етапи рівня професійних умінь та навичок, підведення підсумків заняття, забезпечення домашнього завдання	Щоденне опитування здобувач вищої освіти і, перевірка практичних навичок	Проведення занять у кабінеті практичних навичок	30%

2. Матеріали для методичного забезпечення заняття.

2.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання тестового контролю «вихідний рівень знань».

2.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття: методичні розробки кафедри за темами захворювань органів черевної порожнини і формування практичних умінь і навичок.

2.3. Матеріали контролю заключного етапу заняття: Питання рубіжного та вихідного рівня знань, завдання Крок-2.

3. Література для викладача:

1. Хірургічні хвороби під редакцією професора Грубника В.В. Одеса, Одеський мед університет, 2003 р. , 420с.
2. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб./В. М. Запорожан, В. В. Грубнік та ін.; за ред. В. М. Запорожана, В. В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592с.
5. Мініінвазивна хірургія патології жовчних проток: Монографія / М.Є. Ничитайло, В.В. Грубник, О.Л. Ковальчук та ін - К.: Здоров'я, 2010. - 424 с.
6. Діагностична та лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. /Кумакович В.І., Грубнік В.В., Мельниченко Ю.А., Тумак І.М. – Львів, Видавництво М.С., 2003.

8. Література для здобувача вищої освіти :

1. Хірургічні хвороби: Підручник. Під ред. Кузина М.І. М.: Медицина, 2008 - 640 с.
2. Шпитальна хірургія: Підручник. Під ред. Ковальчука Л.Я. Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – 580

